

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Вертинский Е.А., Чиж С.А., Чиж А.С.

*Белорусская медицинская академия последипломного
образования*

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является тяжелым осложнением различных заболеваний, травм и оперативных вмешательств, при которых возникают тромбозы в венозной системе. За последние 10 лет летальность при ТЭЛА существенно не изменилась. При неустановленном, либо поздно установленном диагнозе летальность составляет 30-35% [1,2,6]. Правильный диагноз при жизни устанавливается лишь у 30% больных, даже при массивной ТЭЛА [2]. Клиническая картина при ТЭЛА чрезвычайно разнообразна, симптомы часто неспецифичны, что затрудняет своевременную диагностику этого заболевания [4].

Целью нашей работы была оценка роли эхокардиографии в комплексной диагностике и степени тяжести ТЭЛА.

Материалы и методы: нами обследовано 23 больных в возрасте от 40 до 80 лет, среди которых было 17 женщин и 6 мужчин. Разви-

тию основного заболевания у 6 человек предшествовали оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, у 5 больных – посттравматические переломы нижних конечностей; у 4 пациентов в анамнезе был хронический тромбофлебит нижних конечностей и 8 больных страдали артериальной гипертензией, различными формами ишемической болезни сердца, сахарным диабетом. У всех пациентов в динамике исследовалась ЭКГ, Эхо-КГ, 19 больным выполнено рентгенологическое исследование легких и у 10 пациентов – ультразвуковое сканирование венозной системы нижних конечностей. Эхокардиографическое исследование выполнялось на аппаратах «Acuson 128XP» и «Siemens 450SL».

Результаты и обсуждение. Диагноз ТЭЛА был поставлен при поступлении в стационар лишь у 5 пациентов. В остальных случаях подозревался инфаркт миокарда различной локализации (12 больных), острая пневмония (3 пациента), острая левожелудочковая недостаточность (3 человека). Для уточнения диагноза всем пациентам в 1-2 сутки заболевания было проведено ультразвуковое исследование сердца, которое позволило выявить следующие изменения:

1. Дилатация правых полостей сердца (диастолический размер правого желудочка колебался от 33 до 48 мм, правого предсердия – от 42 до 56мм) с дискинезией межжелудочковой перегородки у 16 пациентов;

2. Признаки выраженной легочной гипертензии (среднее давление в легочной артерии составило 62 – 89 мм рт.ст., измеренное методом импульсной эхокардиографии по методике Kitabatake A. и соавт. 1983г.).

3. Нормальные или уменьшенные размеры полости левого желудочка.

4. Тромбоз полости правого предсердия у 2 пациентов.

5. Регургитация на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии.

У 3 больных с выраженной дилатацией правых полостей сердца при ультразвуковом исследовании выявлена «трапецевидная» или «ромбовидная» форма кривой движения полулуний аортального клапана при отсутствии клапанной патологии и сохраненной инотропной функции левого желудочка. Данный признак, как проявление так называемого «синдрома малого выброса» описан в литературе в основном при выраженной дисфункции левого желудочка [4]. Механизм развития данного синдрома при ТЭЛА представляется нам следующим образом. Вследствие массивной ТЭЛА развивается острая правожелудочковая недостаточность в результате напряженной работы

правого желудочка для преодоления высокого легочного артериального сопротивления. Как следствие этого резко снижается выброс левого желудочка, поскольку объем поступившей в него крови ограничен непроходимостью малого круга кровообращения.

Из наблюдавшихся нами пациентов умерло 10 человек. У всех умерших больных до летального исхода сохранялась одышка, ЭКГ-признаки острой перегрузки правого желудочка (в основном синдром S1-Q3-T3), а также эхокардиографические признаки высокой легочной гипертензии и расширение правых камер сердца. Следует отметить, что в число умерших больных вошли пациенты с предшествующим «синдромом малого выброса» и с тромбозом правого предсердия. У всех выживших пациентов отмечалось быстрое улучшение клинической симптоматики в течение 1-й недели от начала заболевания – уменьшение или исчезновение одышки, тахикардии, быстрая положительная динамика ЭКГ. У данных больных при ультразвуковом исследовании отмечалось уменьшение признаков легочной гипертензии с нормализацией функции правого желудочка.

Выводы:

1. Ультразвуковое исследование сердца позволяет подтвердить диагноз ТЭЛА на ранней стадии заболевания при наличии неопределенной клинической симптоматики, неубедительных данных ЭКГ и рентгенологического исследования.
2. Обнаружение эхокардиографических признаков острой перегрузки правых отделов сердца свидетельствуют обычно о массивной ТЭЛА.
3. Ультразвуковая картина «синдрома малого выброса» при ТЭЛА, наличие тромбоза правого предсердия являются прогностически неблагоприятными признаками массивной ТЭЛА.

Литература:

- 1 Дуков Л.Г., Борохов А.И. «Диагностические и лечебно – тактические ошибки в пульмонологии». – М. «Медицина», 1988 С 272-273.
- 2 Зильбер А.Л. «Дыхательная недостаточность» – М. «Медицина», 1989 С 512 –513
- 3 «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике» Т5 Под ред. Митькова В.В. Видар, 1997.
- 4 Моисеев В.С., Сумароков А.В., Стяжкин В.Ю. «Кардиомиопатии» – М «Медицина», 1993. С 176.
- 5 Фейгенбаум Х. «Эхокардиография» 5-е изд. Пер. с англ. – М. Видар 1999 С. 442-445
- 6 «Кардиология в таблицах и схемах». Под ред. М.Фрида и С.Грайнс Пер. с англ. - М.1996. С 538-550.
- 7 «Heart disease A Textbook of Cardiovascular Medicine» Th.Edition Edited by E.Braunwald. 1988. P.1577-1597.